UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 25

LES
HERNIES DE L'APPENDICE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Novembre 1934

PAR

Paul-Georges-Lucien EPERGUE

né le 10 Novembre 1909, à Bavans (Doubs).

Elève du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur ... ... } *Juges*

PAPIN, professeur ..... } *Juges*

CHARRIER, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0080

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 25

LES
HERNIES DE L'APPENDICE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Novembre 1934

PAR

Paul-Georges-Lucien EPERGUE

né le 10 Novembre 1909, à Bavans (Doubs).

Elève du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse : MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
DUVERGEY, professeur ..... *Juges*
PAPIN, professeur ..... *Juges*
CHARRIER, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	TEULIERES

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE, PIECHAUD, DELMAS-MARSALET, DE GRAILLY, FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	PERY.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Puériculture	FAUGERE
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

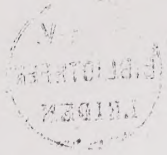
A MA FEMME

A MON PERE — A MA MERE

A MES FRERES — A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES PARENTS



A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MM. LES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Le chirurgien n'est pas surpris, à l'heure actuelle, lorsqu'il découvre l'appendice dans une hernie au cours d'une cure radicale, mais il est assez rare, croyons-nous, que le diagnostic en ait été fait avant l'intervention. Certes l'appendicocèle — ou hernie de l'appendice seul — ne se traduit pas par des signes nets et bien individualisés, d'autant plus que l'appendice peut s'introduire dans nombre de trajets herniaires, cependant nous essaierons d'en rassembler les différents symptômes, et, n'aurions-nous réussi qu'à insister sur cette question pour attirer sur elle l'attention, que nous aurions fait déjà beaucoup.

Nous consacrerons un chapitre aux complications auxquelles tout appendice hernié est exposé, en essayant de donner quelques indications pour en permettre le diagnostic différentiel.

Nous terminerons cet exposé par quelques notions sur les symptômes des hernies de l'appendice et du cæcum, leur étiologie, pathogénie et anatomie pathologique étant traitées avec les chapitres correspondants des appendicocèles, vu leurs nombreux points communs.

Qu'on nous permette avant d'aborder ce sujet, de remercier M. le Professeur Guyot de nous avoir confié ce sujet de thèse tout en nous indiquant plusieurs observations dont une inédite, prise dans son service,

M. le Dr Coureaud, chirurgien des Hôpitaux maritimes, médecin-chef de la Marine, M. le Professeur agrégé Pervès, chirurgien des Hôpitaux maritimes, de nous avoir fait parvenir, par l'intermédiaire de M. le Dr Le Bourgo, professeur à l'Ecole de Santé Navale, que nous associons à ces remerciements, plusieurs observations inédites de hernies de l'appendice, qu'ils ont eu l'occasion de constater au cours de leurs interventions pendant ces dernières années.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude des hernies de l'appendice seul ou associé au cæcum, nous pensons qu'il est bon de rappeler en quelques mots les différentes phases de la question.

C'est en 1762 que Morgagni signale la première hernie de l'appendice. Bientôt de nouvelles observations suivent, publiées principalement par Sandifort (Hollande) en 1781, Hesselbach (Allemagne) en 1805 et Coquet (France) en 1816. En 1868 paraît un travail de Klein qui réunit toutes les recherches des élèves de Morgagni ayant trait à ce sujet, et l'on y peut lire que les hernies de l'appendice sont d'une rareté extrême. Au point de vue pathogénique, on attribue un rôle prépondérant aux attaches d'origine embryonnaire réunissant l'appendice et le testicule. Pour eux pas de sac herniaire, l'appendice et le cæcum glissent sous le péritoine qui ne recouvre pas leur face postérieure. Les indications du traitement sont subordonnées aux trois formes cliniques alors différenciées :

Bandage pour la hernie appendiculaire simple;

Abstention ou évacuation pour la hernie phlegmoneuse;

Kélotomie pour la hernie étranglée.

A la fin du XIX^e^ siècle la question se complète : au point de vue pathogénique s'ajoutent des notions nouvelles : congénitalité fréquente, situation congénitalement trop basse du cæcum dans la fosse iliaque droite, arrêt de migration du cæcum pour expliquer les hernies de l'appendice à gauche.

Au point de vue anatomique on continue à nier l'existence d'un sac. Mais au point de vue clinique, une grande notion intervient, sans doute inspirée par l'époque Listérienne, celle

de l'appendicite herniaire, notion à laquelle on s'efforcera de rattacher toutes les complications des ectopies appendiculaires. Ajoutons qu'au point de vue du traitement la technique ne fit que bénéficier, comme toute la chirurgie des acquisitions nouvelles : la connaissance des germes.

De la période contemporaine qui débute vers 1890, date à laquelle Thiery crée le nom d'appendicocèle, nous dirons seulement que ces données pathogéniques, anatomiques, cliniques et thérapeutiques se sont soit complétées, soit modifiées, pour en arriver à l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet que nous allons essayer de préciser dans les pages suivantes.

FREQUENCE

Si nous nous reportons à différents travaux parus sur les hernies de l'appendice, nous y remarquerons à ce chapitre de la « fréquence », chapitre de statistiques, de très grosses différences et c'est pourquoi, après avoir mentionné les pourcentages de divers auteurs, nous nous permettrons d'indiquer le résultat de nos recherches.

Nous avons recueilli toutes les observations de hernies de l'appendice qui ont paru dans les revues françaises et étrangères depuis 1923, mais sur une centaine de références que nous avons trouvées nous n'avons pu nous en procurer qu'une trentaine aussi avons-nous étendu nos recherches aux revues parues depuis 1900, ce qui nous a permis de trouver 145 cas d'appendicocèles ou de hernies de l'appendice et du cæcum sur lesquels nous avons basé nos statistiques.

Disons tout d'abord que Esnoult (Thèse Paris 1913-1914) sur 520 hernies, en a trouvé 14 renfermant l'appendice soit 2,7%, et il ajoute que Caplesco sur 260 hernies a trouvé l'appendice 13 fois, soit 5%. Par ailleurs Mariotti indique un pourcentage différent : 1,5%, Jaja 1,7%, Chauvenet 2,5%. Il semble que la moyenne oscille autour de 2,5%.

En ce qui concerne l'âge , A. Lévy (*Archives Provinciales de Chirurgie*, 1903) rapporte la statistique de Rivet, en regard de laquelle nous indiquons nos résultats :

Statistique de Rivet	*Statistique personnelle* (il n'a pas été tenu compte des observations de la marine qui portent sur des sujets de 16 à 25 ans).

6 au-dessous de 1 an.	11 au-dessous de 1 an.
7 de 2 à 13 ans.	13 de 1 à 10 ans.
6 de 19 à 30 ans.	6 de 10 à 20 ans.
5 de 30 à 40 ans.	5 de 20 à 30 ans.
10 de 40 à 50 ans.	10 de 30 à 40 ans.
13 de 50 à 60 ans.	16 de 40 à 50 ans.
9 au-dessus de 60 ans.	21 de 50 à 60 ans.
	63 au-dessus de 60 ans.
56 au total	145 au total

Les autres auteurs se bornent en général à accuser une fréquence plus grande au-dessous de 15 ans et après 50 ans.

Au point de vue du sexe :

11 hommes pour 3 femmes d'après Esnoult.
25 — — 1 — — Klein.
91 — — 50 — en ce qui nous concerne.

Peut-être peut-on expliquer ceci par la plus grande fréquence chez l'homme des hernies inguinales, lieu d'élection des hernies de l'appendice (voir Anatomie pathologique).

A l'inverse de Klein qui signale que les hernies de l'appendice seul sont moins fréquentes que celles où l'appendice est accompagné d'un autre segment intestinal, et dans la proportion de 1 à 3, nous avons trouvé (sur 145 cas) :

84 cas d'appendicocèles contre 61 cas de hernies de l'appendice associé à un segment intestinal, dont 45 cas de hernies de l'appendice et du cæcum.

Que retenir de tous ces chiffres ? Simplement que les hernies de l'appendice se produisent surtout chez l'homme et, le plus souvent aux deux âges extrêmes de la vie, avant 10 ans, après 50 ans.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'étiologie des appendicocèles et des hernies de l'appendice et du cæcum est essentiellement liée à trois facteurs : embryologique, anatomique et pathologique, qui ont pour résultat de rapprocher le segment cæco-appendiculaire des orifices herniaires.

I. *Facteur embryologique.* — Celui-ci intervient surtout pour expliquer les hernies appendiculaires ou cæco-appendiculaires gauches. L'embryologie nous apprend en effet qu'à l'origine le tube digestif, à sa sortie de l'estomac, forme une longue anse à convexité dirigée en avant et en bas, dont le sommet répond à l'ombilic. La branche descendante, droite, formera le grêle, l'ascendante gauche, formera le cœcolon ascendant et transverse; elle-même se continue avec la partie terminale de l'intestin qui formera le reste du colon et le rectum. Au troisième mois, l'intestin subit une torsion dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, qui va faire passer de gauche à droite la branche ascendante, c'est-à-dire le cæcum et l'appendice. On conçoit que si ce mouvement ne se fait pas (inversion des viscères, exceptionnel), ou se fait incomplètement, il puisse en résulter des conditions favorables à des hernies de l'appendice et du cæcum à gauche ou sur la ligne blanche (obs. X).

II. *Facteur anatomique.* — En ce qui concerne l'appendice lui-même, sa longueur (23 cm. dans un cas de Luschka) et celle de son méso peuvent expliquer les hernies à travers des orifices éloignés; sa position, telle que dans 25% des cas sa pointe est dirigée vers le plancher pelvien et déborde le fond

du cæcum, enfin sa mobilité sont des facteurs importants de hernies inguinales ou crurales.

De plus l'appendice, fixé au cæcum, en partage les vicissitudes topographiques. Or Legueu (1892) a montré que sur 100 cas, 45 fois le cæcum était en situation anormale et que sur ces 45 cæcums anormaux 14 étaient bas situés. Sans doute faut-il attribuer cela aux faibles moyens de fixité du cæcum qui n'est soutenu que par le mésentère avec ses vaisseaux et par deux ligaments étudiés par Tuffier et formés de replis péritonéaux allant : l'un du pôle inférieur du rein droit à la partie externe du cæcum, à sa limite avec le colon, l'autre, bien faible, qui n'est que l'attache du mésentère à la fosse iliaque, à l'endroit où les vaisseaux spermatiques croisent l'artère iliaque externe. Rappelons aussi que le cæcum est entouré de toutes parts par le péritoine puisque « la main peut faire le tour du cæcum comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde » (Tuffier). Or s'il arrive que le cæcum ainsi libre à la naissance se fixe avec l'âge par accolement plus ou moins étendu des 2 feuillets tapissant l'un sa face postérieure, l'autre la fosse iliaque interne, le cæcum mobile n'en persiste pas moins dans nombre de cas chez l'adulte.

Du côté des orifices herniaires il est bon de noter que la persistance du canal vagino-péritonéal peut favoriser les hernies de l'appendice au même titre que celles de l'intestin.

III. *Facteur pathologique.* — Nous n'insisterons pas sur les adhérences contractées par l'appendice avec le testicule pendant l'époque fœtale, adhérences que l'on a invoquées au XIX^e^ siècle comme raison majeure des hernies de l'appendice. Cette notion du « testicule remorqueur » est considérée de plus en plus comme une raison de second ordre, car la péritonite fœtale invoquée par nos prédécesseurs à l'origine de ces adhérences amènerait bien souvent, semble-t-il, la mort du fœtus, à moins de faire valoir ces hypothèses, toujours hasardeuses de péritonite localisée.

Bien plus importantes sont les raisons que nous allons donner, et qui ne se rapportent pas spécialement aux hernies inguinales. Ce sont les adhérences qu'a pu contracter l'appendice, plus ou moins enflammé, avec les tissus environnant les orifices herniaires, la ptose cæco-appendiculaire, l'atonie intestinale, la faiblesse de la paroi abdominale, la distension facile des orifices herniaires, toutes causes qui sont l'apanage des personnes âgées et des enfants débiles.

Si nous y joignons l'effort qui peut intervenir comme dans la production d'une hernie quelconque, nous pensons avoir énuméré ici les principaux facteurs des hernies cæco-appendiculaires.

Au point de vue de la division des hernies que l'on fait souvent en hernies congénitales et hernies acquises, nous dirons simplement que dans les ouvrages que nous avons consultés il n'en est pas fait mention en général, car c'est une statistique très difficile à établir, les malades étant habituellement très imprécis quant à la date d'apparition de leur hernie de sorte qu'on ne peut attribuer à leurs déclarations qu'une valeur très restreinte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège des appendicocèles est très variable. Le côté droit est évidemment le côté de prédilection ; on connaît cependant des cas de hernies inguinales gauches, et un cas de crurale gauche (Romms). La hernie inguinale droite est la plus fréquente, la hernie crurale droite suit au deuxième rang, puis viennent les hernies obturatrices, ombilicales, ischiatiques, diaphragmatiques, de la ligne blanche (obs. X).

Esnoult cite 11 inguinales droites pour 2 crurales et 1 ombilicale.

Le Duigou (thèse, Paris, 1905) indique les statistiques :
de Rivet : 66 inguinales pour 28 crurales.
et de Naquet : 57 — — 25 crurales.

A. Lévy donne les résultats de Bajardi : 57 inguinales, 44 crurales, 1 obturatrice.

Nos recherches nous ont donné :

98 inguinales droites, 41 crurales, 4 inguinales gauches, 1 épigastrique et 1 ombilicale.

La question de l'existence d'un sac herniaire, longtemps discutée, est actuellement admise et l'on pense que les cas où l'on ne trouve pas le sac sont ceux où des adhérences l'ont intimement accolé à la paroi de l'appendice. Signalons cependant qu'un auteur (*Montpellier Médical*, 1919-1920, p. 149) n'a pas trouvé de sac herniaire, et a émis l'hypothèse qu'il pouvait ne pas exister par suite d'un trouble de développement du péritoine, le sujet opéré étant par ailleurs porteur d'un bec-de-lièvre.

Dans le sac on trouve l'appendice en totalité, ou en partie seulement, et alors c'est en général son extrémité distale, tou-

tefois Ockinzyc signale un cas où l'appendice était coudé en V et se présentait par la pointe du V, l'extrémité des deux branches étant restée dans la cavité abdominale.

« L'appendice hernié présente toujours des altérations, au moins microscopiques », ont dit Jaja, Colzi et Carisi ; il n'en est pas moins vrai qu'il peut être sain d'après d'autres auteurs. En général cependant il présente des adhérences plus ou moins marquées avec les parois du sac. On peut le trouver atteint de lésions inflammatoires banales, d'autre part on peut y rencontrer des lésions d'appendicite aiguë ou d'étranglement, ce sont là des notions que nous développerons au chapitre des « Complications de l'appendicocèle ».

Moins varié est le siège des hernies de l'appendice et du cæcum qui se localise aux trajets inguinal et crural droits, plus rarement inguinal gauche. Signalons la présence habituelle, au bout d'un certain temps, d'adhérences avec le sac herniaire, et l'existence de lésions inflammatoires minimes, sans histoire clinique, comme pour l'appendicocèle.

CLINIQUE

Nous nous proposons d'étudier dans une première partie les hernies de l'appendice seul avec leurs complications (appendicite herniaire et étranglement herniaire principalement), puis nous parlerons des hernies de l'appendice et du cæcum en indiquant quels sont les caractères cliniques qui les différencient des précédentes. Notre étude se rapporte principalement aux hernies inguinales et crurales, les seules que l'on rencontre pratiquement.

I. *Appendicocèle*

Symptomatologie. — La symptomatologie de l'appendicocèle est très restreinte, la hernie peut même passer inaperçue surtout si l'appendice n'est pas hernié en totalité. Le malade vient soit parce qu'il ressent une douleur ou seulement de la gêne dans la région inguino-crurale, soit parce qu'il a remarqué dans cette région l'existence d'une petite grosseur.

Les antécédents sont utiles en particulier pour savoir si la grosseur est survenue après un effort.

Les signes objectifs se rapprochent plus de l'épiplocèle que de l'entérocèle : hernie de la grosseur d'une noix, un peu allongée, dans laquelle on pourrait sentir l'appendice, de la grosseur d'un crayon... cela doit être exceptionnel (obs. XXVI). En tout cas, consistance ferme, douleur à la pression quelquefois, pas d'impulsion à la toux et matité à la percussion. La tumeur est souvent irréductible, si parfois on peut la réduire, la manœuvre se fait sans gargouillements.

Diagnostic différentiel. — Il doit se faire avec : l'épiplocèle,

masse en général plus volumineuse, plus lobulée, plus empâtée ; le lipome préherniaire en général moins ferme ; le varicocèle, un canal déférent volumineux par altérations anciennes, le kyste du cordon, les adénites.

Nous ne nous attarderons pas sur ce diagnostic qui le plus souvent n'est fait qu'une fois le sac ouvert.

II. *Complications de l'appendicocèle*

A) *Appendicite herniaire.*

. **Etiologie — Fréquence**. — Le maximum de fréquence (2/3 des cas) s'observe après 50 ans, et la crise peut être provoquée par des causes très diverses, en particulier : la position superficielle de l'appendice qui se trouve exposé aux pressions extérieures (bandages par exemple) ; l'état de moindre résistance dans lequel se trouve ce segment intestinal mal irrigué par suite du tiraillement de ses vaisseaux et de l'étroitesse plus ou moins marquée du collet du sac ; les corps étrangers (obs. VI et XIII) ; le mauvais état antérieur du tube digestif ; en un mot toutes les causes habituelles de l'appendicite abdominale jointes à des causes relevant de la position spéciale de l'appendice.

Formes cliniques. — On peut rencontrer toutes les formes que l'on est habitué à voir dans l'appendicite abdominale.

a) Forme aiguë ordinaire. — Le signe le plus important est la douleur sur laquelle A. Lévy a particulièrement insisté : douleur brusque, siégeant dans la région herniaire, atteignant rapidement une certaine intensité et qui revêt souvent un caractère intermittent, avec des paroxysmes que le malade compare à des lancements, à des piqûres d'épingle. Ajoutons que s'il y a des irradiations c'est en général dans la région supéro-interne du membre inférieur qu'elles se font, et sont attribuées aux compressions nerveuses. En même temps la hernie s'accroît en volume pour atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon. On a insisté sur la consistance « pierreuse » de la tumeur que l'on attribue aux phénomènes péri-appendiculaires.

Par ailleurs la température monte peu, le pouls légèrement accéléré reste bon, le facies n'est pas fatigué, les vomissements sont inconstants, la constipation (d'origine réflexe) habituelle.

En somme des signes locaux particuliers joints à des signes généraux peu marqués le plus souvent, mais tendant à se rapprocher de ceux observés dans une appendicite abdominale.

Nous tenons à insister sur ce peu de gravité des symptômes généraux qui s'explique si l'on considère que la scène morbide se déroule dans le sac herniaire en général isolé de la grande séreuse abdominale par les adhérences de l'appendice au collet du sac. Cette communication donnera une idée de la variabilité des signes : « Dans cette observation la lésion fut considérée et traitée comme une adénite. Le diagnostic ne devint évident qu'à l'intervention. Appendicectomie par voie crurale sans difficulté. Suites normales. Il est remarquable que cette appendicite ait évolué sans un seul symptôme digestif ou abdominal pouvant mettre sur la voie du diagnostic (*Marseille Médical*, 17 mai 1926).

b) **Forme suppurée ou phlegmoneuse**. — L'évolution vers la suppuration modifie les signes locaux : la tumeur se tend, devient diffuse, empâtée ; la peau ne tarde pas d'ailleurs à révéler l'existence de l'abcès sacculaire en devenant rouge, luisante, chaude et douloureuse. La collection purulente pourra se faire jour à l'extérieur en créant une fistule par où s'écoulera un pus fétide, fécaloïde, où l'on pourra trouver des débris d'appendice gangréné.

Ajoutons que le plus souvent le pouls reste bon, et l'état général peu altéré.

c) **Forme chronique**. — Il nous reste à dire quelques mots de ces formes chroniques, à répétition, qui ont une évolution assez insidieuse, ne se traduisant que par quelques douleurs gênant le malade dans son travail. Ces « coliques » ne sont que la traduction d'une poussée inflammatoire bénigne qui souvent se résoudra par le simple repos, mais se traduira à l'intervention par des altérations macroscopiques de l'appen-

dice (rougeur, adhérences) et des lésions révélées par le microscope. C'est en général la répétition trop fréquente de ces crises qui amène le malade au chirurgien.

Diagnostic. — Disons tout de suite qu'il est très difficile, et que ce n'est en général que par l'intervention qu'il est nettement établi. Le plus souvent on pense à une épiplocèle étranglée, à un pincement latéral à cause des phénomènes de sub-occlusion, à une hernie étranglée. Toutefois dans ce dernier cas il existe une douleur élective au niveau du collet du sac, alors que dans l'appendicite herniaire elle est plus diffuse.

Suivant qu'il s'agit de hernie inguinale ou crurale il faudra aussi éliminer différentes affections : inflammation du testicule, du cordon, du ganglion de Cloquet, psoïtis, adénophlegmons, phlébite de la crosse de la saphène, inflammation des grandes lèvres, hernies de l'ovaire. En cas de fistulisation examiner les matières qui en sortent pour éliminer une déférentite et surtout une adénite.

B. *Etranglement herniaire.*

C'est la constriction plus ou moins forte de l'appendice engagé seul dans un trajet herniaire. Cet étranglement a été nié à l'époque Listérienne où l'appendicite herniaire constituait tout le chapitre des complications de l'appendicocèle. D'ailleurs à cette époque on intervenait assez tardivement et on trouvait un appendice en proie aux phénomènes infectieux surajoutés auxquels prédispose particulièrement l'étranglement. A. Lévy est persuadé que l'étranglement est fonction de l'augmentation de volume de l'appendice dû aux phénomènes inflammatoires, et que par conséquent il rentre dans le cadre de l'appendicite. Certes au point de vue clinique il n'y a pas de différences très nettes entre ces deux complications, mais au point de vue anatomo-pathologique on a relevé des lésions tellement différentes qu'actuellement on convient en général de faire de cette question un chapitre spécial.

Etiologie et pathogénie. — Nous ne pouvons qu'énumérer les différentes hypothèses que l'on émet car on ne connaît

rien de très certain sur le mécanisme de cet étranglement de l'appendice.

Les uns pensent à des coudures de l'appendice sur le collet du sac ou sur le bord tranchant du ligament de Gimbernat; les autres font intervenir des brides ou un resserrement du collet du sac à la faveur d'une poussée infectieuse de l'appendice; d'autres encore accusent la gêne circulatoire dans le méso au niveau du collet, ce qui aurait pour effet de provoquer un œdème de ce méso qui pourrait arriver à étrangler l'appendice; Deroubaix parle de « volvulus herniaire ». Ajoutons que, comme pour toute hernie, l'appendice peut se hernier à l'occasion d'un effort, d'une secousse de toux et s'étrangler d'emblée.

Anatomie pathologique. — Un appendice étranglé se présente comme un intestin étranglé : on le trouve dans un sac rempli de liquide séro-hématique roux; il présente deux portions séparées par un sillon de stricture net et persistant, ecchymotique et violacé : une portion inférieure généralement turgescente, violacée, renfermant du mucus ou un liquide séro-hématique, et pouvant être déjà gangrenée en partie, une portion supérieure congestionnée.

L'examen histologique montre des foyers hémorragiques et des foyers d'inflammation et de nécrose.

Symptomatologie. — Elle est assez diffuse, étant donné qu'à l'étranglement s'ajoutent des phénomènes infectieux. C'est souvent à l'occasion d'un effort que le malade ressent une douleur brusque, mais très variable : tantôt sourde et imprécise, tantôt vive et localisée. Mais peu à peu dans les jours suivants, la douleur se localise et inquiète le malade qui se décide alors à voir son médecin. En plus est apparue au pli de l'aine une petite tuméfaction qui a grossi sans dépasser le volume d'une grosse noix. Cette tuméfaction, mate, est lisse, dure, irréductible et très douloureuse à la palpation. Ajoutons à cela un arrêt des matières d'ordre réflexe très fréquent alors que les gaz passent en général, et des vomissements tout à fait inconstants.

La température et le pouls sont peu modifiés.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel ayant été fait à propos de l'appendicite herniaire, nous essaierons seulement de déceler quelques différences entre l'appendicite et l'étranglement, susceptibles d'orienter le diagnostic. Certes les signes généraux sont aussi peu marqués et aussi imprécis dans l'un et l'autre cas, et il nous semble que c'est seulement sur les caractères de la douleur que l'on peut se baser pour essayer de préciser le diagnostic : d'une part l'appendicite herniaire dans laquelle la douleur vive et brusque atteint rapidement une certaine intensité avec quelquefois ce caractère paroxystique qui oblige le malade à faire venir le médecin dès le début, d'autre part l'étranglement de l'appendice débutant par une douleur brusque, souvent à l'occasion d'un effort, et qui ne se précise que trois ou quatre jours après, obligeant alors le malade à cesser son travail.

Quoi qu'il en soit ce diagnostic différentiel est peu important et n'aurait guère que l'avantage d'une satisfaction personnelle pour le chirurgien, puisque dans l'un et l'autre cas l'intervention est indiquée.

C) *Complications exceptionnelles.*

1° **Hernie appendiculaire enkystée.** — C'est une hernie dans laquelle, en avant du sac, on trouve une cavité renfermant un épanchement séreux plus ou moins abondant, et qui ne communique pas avec le sac. Ce kyste sacculaire serait dû à une péritonite localisée très ancienne qui, par formation de nombreuses adhérences provoquerait un cloisonnement du sac. Nous n'en avons trouvé qu'un seul cas rapporté par Demoulin en 1900 (*Progrès médical*, 1903).

2° **Tumeur primitive de l'appendice hernié.** — Nous ne citons ceci que par curiosité. Nous avons trouvé :

3 cas de kyste de l'appendice (thèse Alti, Paris, 1894), rapportés par Josserand, Richelot et Kœrlé.

2 cas de tumeur rapportés par Potel (*Lyon médical*, 1907) et Gangitano, 1910.

PRONOSTIC

Nous n'insisterons pas sur le pronostic de l'appendicocèle qui n'est autre que celui de ses complications importantes, l'appendicite et l'étranglement herniaire.

L'appendicite herniaire est une complication sérieuse, car si une crise aiguë peut se résoudre comme une appendicite abdominale elle peut atteindre le péritoine abdominal, l'infection se propageant par les parois de l'appendice, en particulier dans les cas où celui-ci, non complètement engagé dans le trajet herniaire, est encore en rapport par sa base avec la cavité abdominale. D'autre part la suppuration en plus de la péritonite pourra donner lieu à des phlegmons diffus sur la gravité desquels il est inutile d'insister, le pus gagnant les espaces cellulaires du triangle de Scarpa ou de la paroi abdominale. Le testicule et ses enveloppes peuvent aussi être atteints et nécessiter la castration (obs. XII). Si le pus, au lieu de diffuser, est bien limité par des adhérences, il se fera jour du côté de la peau, entraînant l'apparition d'une fistule.

L'étranglement herniaire de l'appendice expose aux mêmes complications que l'appendicite herniaire avec cette différence qu'un étranglement ne se résout pas de lui-même comme peut le faire une appendicite simple.

Nous rappellerons seulement pour mémoire les hernies de l'appendice enkystées et les tumeurs de l'appendice hernié qui sans être d'un pronostic aussi alarmant n'en réclament pas moins l'intervention chirurgicale,

TRAITEMENT

L'appendicocèle relève de l'intervention chirurgicale aussitôt son diagnostic fait, pour éviter au malade les risques de complications. Le traitement consiste en la cure radicale de la hernie avec appendicectomie.

C'est encore à la chirurgie qu'il faudra avoir recours en cas d'appendicite herniaire, car un taxis, s'il réussissait, n'aurait d'autre effet que de faire rentrer dans l'abdomen un appendice enflammé et de faire éclater une péritonite. La technique opératoire est fixée par la forme clinique de la maladie et l'état général du malade :

Formes aiguës et chroniques. — Incision de la paroi et du sac. Appendicectomie avec enfouissement du moignon. Résection du sac. Réfection de la paroi.

Formes suppurées. — Incision de la paroi; évacuation du pus. Ablation de l'appendice si celui-ci est facile à trouver, car il n'y a aucun intérêt à prolonger une opération chez un malade qui est peut-être déjà affaibli et intoxiqué par une suppuration qui a débordé les limites du sac herniaire. Large drainage.

Un appendice étranglé dans une hernie est livré à l'infection et doit être enlevé le plus rapidement possible comme dans les cas précédents.

Ajoutons que la hernie appendiculaire enkystée et la tumeur de l'appendice hernié n'ont d'autre traitement que l'intervention chirurgicale.

III. *Hernies de l'appendice et du cæcum.*

Nous dirons un mot d'une distinction de terminologie qui classe ces hernies en cæco-appendiculaires dans lesquelles le cœcum, hernié principalement, entraîne dans sa chute la hernie de l'appendice iléo-cæcal, et en appendiculo-cæcales où l'appendice, primitivement hernié, attire secondairement le cæcum.

Symptomatologie. — Hernie de volume variable suivant que tout ou partie du cæcum est dans le sac, elle présente les signes habituels de l'entérocèle : malléabilité, réductibilité avec gargouillements, impulsion à la toux, sonorité à la percussion. Elle est fréquemment le point de départ de coliques caecales, résultat de la coprostase dont elle est souvent le siège, petites poussées à type inflammatoire ou à type d'obstruction intestinale que l'on groupe sous le terme d'engouement herniaire.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic est surtout assombri par la possibilité d'étranglement herniaire qui se traduit en général par les signes habituels de l'occlusion intestinale. C'est là une raison suffisante pour intervenir, comme pour une entérocèle, chaque fois que l'état général du malade le permettra.

OBSERVATIONS

A. **Appendicocèle.**

Observation I.

(Publiée dans *Montpellier Médical*, 1919-20, p. 147).

R. V., 22 ans, d'apparence robuste, porteur d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche compliqué d'une fissure vélo-palatine, a ressenti brusquement, il y a trois ans, à la suite d'un effort, une douleur violente, irradiée de l'aine à la région lombaire, du côté droit. En même temps, apparition d'une hernie inguinale droite qui a nécessité le port d'un bandage. Jamais de vomissements ni de coliques.

Actuellement : hernie inguinale droite, réductible, du volume d'une noix.

Le 22 novembre, intervention par M. le professeur Tédenat. Anesthésie à l'éther. Après incision de l'aponévrose du grand oblique et de la fibreuse commune, l'appendice apparaît au contact des éléments du cordon, recouvert d'une mince lame celluleuse. On l'isole facilement. En arrière et en dehors de lui, se trouve le sac herniaire peu volumineux et vide, qui est lié et réséqué.

Appendicectomie. Réfection de la paroi. Suites sans incidents.

L'appendice est long (12 cm.), non congestionné. L'examen histologique démontre cependant, l'existence d'inflammation chronique.

Observation II.

(*in* thèse Esnoult, Paris, 1913-14, p. 22).

G... Paul, 45 ans. 13 février 1907. Hernie inguinale droite. Adhérences péri-appendiculaires.

Incision longue. Hernie par glissement. On ouvre le sac qui contient l'appendice adhérent. Décortication de l'appendice. Appendicectomie et enfouissement en bourse. Fermeture du sac. Bassini. Le malade sort guéri le 2 mars 1907.

Pièces : appendice rouge, augmenté de volume dans son extrémité.

Simple présence de l'appendice dans la hernie.

Observation III (inédite).
(due à l'obligeance du Dr H. C. Coureaud
chirurgien des Hôpitaux Maritimes).

Soldat Neg..., Louis, 21 ans, hospitalisé le 20 février 1925 pour hernie inguinale droite. La hernie qu'il présente a été constatée à l'âge de 10 ans et a donné lieu, à plusieurs reprises, à des douleurs (coliques). Un bandage herniaire a été porté pendant 5 ans, puis abandonné à cause de la gêne qu'il provoquait. Il s'agit d'une hernie oblique externe, à contenu épiploïque, facilement réductible, mais se reproduisant dans la station debout ou à l'effort. Paroi abdominale assez bonne, orifice superficiel élargi.

Intervention le 2 mars 1925. Rachi-anesthésie stovaïne sans incident. Incision oblique parallèle au trajet inguinal. Incision de l'aponévrose du grand oblique. Recherche et dissection du sac : persistance du canal vagino-péritonéal. A l'ouverture du sac, un appendice libre apparaît. Il est mobile et visible en entier. Ligature du méso. Ligature de l'appendice et section au thermo. Ligature et résection du sac. Réfection de la paroi : Procédé de Forgues (2 plans antefuniculaires). Suites opératoires simples. Sorti le 17 mars.

Observation IV (inédite).
(due à l'obligeance du Dr H. C. Coureaud,
chirurgien des Hôpitaux Maritimes).

Sav... Albert, 19 ans, ouvrier à l'arsenal, hospitalisé le 11 mars 1925 pour hernie inguinale droite. Hernie datant de l'enfance qui a progressivement augmenté de volume et qui détermine actuellement de la gêne fonctionnelle. Rares douleurs. Le malade a porté un bandage pendant un an (de 4 à 5 ans). Diagnostic : épiplocèle.

Intervention le 18 mars 1925. Rachianesthésie stovaïne sans incident. Incision oblique parallèle au trajet inguinal. Incision de l'aponévrose du grand oblique. Hémostase de la paroi. Recherche et dissection du sac qui est épaissi. Persistance du canal vagino-péritonéal. Vers le collet, on aperçoit l'appendice dont la pointe, libre, flotte dans l'intérieur du sac. Cæcum mobile. Libération de légères adhérences au niveau du collet. L'appendice est vu dans sa totalité. Ligature du méso. Ligature et résection de l'appendice. Enfouissement. Ligature et résection du sac. Réfection de la paroi : Procédé de Forgues (2 plans antefuniculaires). Suites opératoires simples. Sortie le 25 avril 1925.

Observation V (inédite).
(due à l'obligeance du Pr Pervès,
chirurgien des Hôpitaux Maritimes).

C... François, 21 ans, hospitalisé pour hernie inguino-scrotale droite, datant de un an et demi, réductible,

Intervention le 14 mai 1930. Anesthésie locale à la novocaïne. Incision cutanée parallèle à l'arcade crurale. Incision de l'aponévrose du grand oblique. Dissection et ouverture du sac ; on aperçoit l'appendice sain, non adhérent aux parois du sac. Ligature du méso. Appendicectomie au thermo. Réfection de la paroi.

Observation VI (inédite) .
(due à l'obligeance du Pr Pervès)
chirurgien des Hôpitaux Maritimes).

A... François, 22 ans, hospitalisé pour hernie inguino-srotale droite réductible sans gargouillements. Hernie directe à gauche.

Intervention le 16 septembre 1931. Anesthésie loco-régionale à la scurocaïne. Incision cutanée et de l'aponévrose du grand oblique. Le sac ouvert permet de voir un appendice long, gros, congestionné et adhérent au sac sur la face externe. Résection de l'appendice au thermo. Résection du sac. Réfection de la paroi (procédé de Forgues).

L'appendice est ouvert : il contient trois pépins de raisin et sa paroi montre des foyers hémorragiques.

Observation VII (inédite)
(due à l'obligeance du Pr Pervès,
chirurgien des Hôpitaux Maritimes.)

M... Paul, 19 ans, hospitalise pour hernie inguino-scrotale droite datant de 7 mois, facilement réductible. Anneau large.

Intervention le 23 septembre 1931. Anesthésie locale, puis au balsoforme. Incision ordinaire, découverte, dissection et ouverture du sac qui renferme un appendice très long. Résection de l'appendice au thermo après ligature du méso. Réfection de la paroi.

Suites opératoires simples.

Observation VIII (inédite).
(due à l'obligeance du Pr Pervès,
chirurgien des Hôpitaux Maritimes.)

N... Charles, 16 ans et demi, hospitalisé pour hernie inguinale oblique externe, congénitale, de petit volume.

Intervention 9 mai 1932. Anesthésie locale. Incision ordinaire, dissection et ouverture du sac : on y voit l'appendice normal. Appendicectomie au thermo. Réfection de la paroi (procédé de Forgues).

Suites opératoires normales.

Observation IX (inédite).
(due à l'obligeance du Pr Pervès,
chirurgien des Hôpitaux Maritimes).

G. A..., 21 ans, hospitalisé pour hernie inguinale droite.

Intervention le 4 mars 1933. Anesthésie rachidienne. Incision

ordinaire, dissection et ouverture du sac où l'on trouve l'appendice d'apparence saine. Appendicectomie au thermo. Réfection de la paroi (procédé de Forgues).

Observation X (Résumée).
(publiée dans *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 26 juin 1931, p. 426).

C. G..., 10 ans, hospitalisé le 1er juin 1931 pour une petite tumeur de la région épigastrique, datant de quelques mois qui n'a jamais causé aucune douleur à quelque moment que ce soit. Etat général excellent.

Examen : Tuméfaction de la grosseur d'une noix entre ombilic et pointe xyphoïdienne sans modification des téguments. Consistance molle, limites nettes ; de sa base, part un pédicule assez dur qui conduit jusqu'à un orifice circulaire de la ligne blanche, de 1 cm. 1/2 de diamètre environ. Peau mobile sur elle. Tumeur irréductible, indolore, avec légère expansion à la toux.

Intervention le 12 juin. Anesthésie générale à l'éther. Incision des téguments, ouverture du sac ; on y trouve un fragment épiploïque libre, ainsi que l'extrémité de l'appendice (2 cm.) d'apparence saine, dont la pointe adhère au sac. Sitôt libéré, il disparaît dans la cavité abdominale. Suites opératoires normales.

Contrôle radiographique post-opératoire : le cæcum est haut situé, son bas fond se projette au niveau de l'ombilic, reposant sur une masse d'amas grêles. Appendice non visible.

B **Appendicite herniaire**

Observation XI (résumée)
(publiée dans la *Revue Médicale de l'Est*, 21 juillet 1926, p 603)

Enfant de 2 mois atteint de hernie inguinale droite congénitale ; est pris de vomissements et de fièvre le dimanche. La hernie était devenue dure et le médecin appelé le lendemain diagnostique une hernie étranglée.

Examen 24 heures après le début des accidents : ventre ballonné, hernie inguinale droite du volume du pouce, dure au toucher et douloureuse. Testicule perceptible plus bas. Température 39°. Vomissements, selles jaunes, glaireuses. On diagnostique une appendicite herniaire.

Intervention. Le sac herniaire ouvert, il s'en écoule un liquide trouble et on aperçoit l'appendice noir, gangrené, au fond le cæcum est sain. Ligature et excision de l'appendice. Excision partielle du sac. Drainage par mèche de gaze, enlevée le surlendemain (température 38°).

Guérison parfaite en quelques jours.

Observation XII (résumée).
(publiée dans *La Normandie Médicale*, 9 mars 1925, p. 93).

« J'ai récemment opéré d'urgence, un homme de 63 ans qui paraissait avoir une hernie inguinale droite étranglée. Il racontait que sa hernie qui existait depuis l'enfance avait grossi depuis quelques années et qu'il ne pouvait plus en réduire le contenu. Il avait été pris la veille, en allant à la selle, d'une forte douleur dans la région inguinale droite et la hernie était devenue plus volumineuse. Quatre heures avant l'opération, un essai de taxis avait été fait, en dehors de l'hôpital, avec, comme résultat, un vomissement bilieux. »

Hernie inguino-scrotale très dure, irréductible et très douloureuse. Etat générale médiocre : forte bronchite. Température 38°, pouls 84. Anesthésie locale : le sac présente une paroi d'au moins 1 cm. d'épaisseur, très vasculaire; dans le sac, on découvre un énorme appendice à parois infiltrées, méso épaissi. Cœcum normal apparaissant au collet du sac. Appendicectomie. L'infiltration du sac et des enveloppes du testicule nécessitent une castration unilatérale. Drainage par mèches.

En ouvrant l'appendice de bout en bout, on trouve à son extrémité un petit morceau de métal enfoncé dans sa paroi abcédée.

Observation XIII (résumée).
(publiée dans *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chirurgie*, 19 mars 1930)

M. C..., 50 ans, s'est aperçu en 1917, de l'existence d'une hernie inguinale droite et a porté un bandage jusqu'en 1922. Depuis, rien d'anormal. Le 9 novembre 1929, la hernie ressort et est douloureuse, l'intervention est refusée. Le 17 novembre, la hernie se tend, est douloureuse, accompagnée de nausées. Elle est dure, sans impulsion à la toux.

Intervention : cordon gros, œdémateux, renfermant une cavité pseudo-kystique. Dans le sac, l'appendice, légèrement enflammé, adhérent au sommet.

Guérison un peu longue, des phénomènes inflammatoires ayant partiellement désuni la plaie.

Dans l'appendice et dans la poche kystique, on trouve un petit os. Le malade déclare qu'il avalait souvent des os de pigeon. L'un de ces os a dû perforer l'appendice adhérent au fond du sac et être le point de départ de ce pseudokyste inflammatoire intra-funiculaire.

Observation XIV (résumée).
(publiée dans *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chirurgie*,
Paris, 5 mars 1930, p. 332).

L... N., 72 ans, atteint d'une maladie de Stoks Adam, souffre depuis quarante-huit heures de la région inguinale droite. L'examen

permet d'y découvrir une hernie électivement douloureuse, sans point plus douloureux au collet.

Etat général, pas excellent : nombreux râles de bronchite. Température 38°5.

Intervention : anesthésie régionale. A l'ouverture du sac, on aperçoit l'appendice. Appendicectomie. Réfection de la paroi. Drainage filiforme.

Pièce opératoire : abcès appendiculaire très fétide, extrêmité de l'appendice gangrénée, perforée. Suites opératoires simples.

Observation XV (résumée).

(publiée dans *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chirurgie*, Paris, 5 mars 1930, p. 332).

D... M., 60 ans, hospitalisé pour douleur dans la région inguinale droite. Hernie douloureuse dans sa totalité. Ventre souple.

Pas de vomissements. Etat général médiocre. Température 38°4, pouls irrégulier.

Intervention : anesthésie locale. Sac très épaissi, d'apparence inflammatoire. On y trouve l'appendice et son méso avec un abcès à pus très fétide. Appendicectomie. Drainage. Suites opératoires simples.

Pièce opératoire : extrémité de l'appendice perforé et gangréné.

Observation XVI (résumée).

(publiée dans *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Marseille*, 24 octobre 1931, p. 316.)

Homme, 68 ans, porteur d'une hernie droite, devenue douloureuse et irréductible. Température 38°1. Pouls 100.

Intervention. Dans le sac, on trouve une masse appendiculaire inflammatoire, allongée, du volume d'un œuf de poule. Réfection de la paroi. Drainage.

Suites opératoires troublées par phénomènes de subocclusion ayant cessé avec la glace et un infarctus pulmonaire. Guérison.

Pièce opératoire : masse inflammatoire formée par l'appendice et son méso profondément modifiés par suite du développement exagéré de tissu scléro-lipomateux au centre duquel on trouve des foyers purulents.

Observation XVII (résumée).

(publiée dans *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1929, p. 692).

L... M., 79 ans, présentait depuis longtemps une hernie crurale droite, irréductible, mais indolore. Subitement, un matin, elle ressent

une douleur brusque dans sa hernie, suivie d'un vomissement alimentaire.

48 heures après : Bon état général. Pas de nausée. Quelques gaz. Abdomen un peu ballonné, mais souple. Hernie douloureuse, à son niveau, les téguments sont œdématiés et rouges. On pense à un pincement latéral.

Intervention. Anesthésie locale. Incision du sac, d'où il s'écoule deux cuillerées à soupe d'un liquide brunâtre d'odeur stercorale; on y trouve l'appendice adhérent au collet par sa base, présentant une zone de sphacèle à sa partie moyenne, sans sillon de stricture. Appendicectomie. Enfouissement. Suites opératoires simples.

Observation XVIII (résumée).

(publiée dans *Rassigna internazionale di clinica e terapia*, juillet 1931, p. 619.)

Homme, 64 ans, ayant hernie inguinale droite depuis deux ans. Subitement, violente douleur, la hernie devient irréductible, la peau rouge, œdémateuse, apparaît peu à peu. Fièvre. Peu de vomissements.

Intervention. Le sac contient un appendice de 4 cm. en proie à des phénomènes inflammatoires et une certaine quantité de liquide purulent. Appendicectomie.

Suites opératoires favorables.

Observation XIX (résumée).

(publiée dans *Medical Journal and Record*, 20 août 1930).

N... N., femme de ménage, 60 ans, hospitalisée pour hernie inguinale datant de deux ans et devenue subitement douloureuse, dure et tendue. Température 38°4, pouls 82.

Intervention : anesthésie locale. Dans le sac, avec un peu de pus, on trouve l'appendice, adhérent au collet et aux parois. Appendicectomie sans enfouissement. Suites opératoires simples.

Pièce opératoire : appendice très épaissi, plaque de gangrène à son extrémité.

Observation XX (résumée).

(publiée dans *Policlinico Seiziona chirurgica*, février 1929, p. 108)

Femme, 66 ans, présentant une double hernie crurale et opérée pour étranglement à gauche. A droite, tumeur molle, charnue, irréductible.

Intervention : anesthésie locale. Ouverture du sac : Appendice épaissi, peu enflammé. Appendicectomie. Suites opératoires simples.

Observation XXI (résumée).

(publiée dans *Riforma Medica Napoli*, février 1930, p. 284).

Homme, 77 ans, dont la hernie a grossi et est devenue irréductible et douloureuse. Pas de fièvre. Quelques nausées.

Région inguino-crurale droite rouge, tuméfiée, douloureuse. Un médecin pense à un abcès et incise, voyant son erreur, il fait transporter le malade à l'hôpital.

Intervention : anesthésie à l'éther. Prolongement de l'incision. Dans le sac, on voit l'appendice en partie nécrosé, noyé dans un liquide putride. Appendicectomie. Drainage. Guérison en un mois.

C. **Etranglement herniaire de l'appendice.**

Observation XXII.

(due à l'obligeance de M. le Pr Guyot, nº 33098).

Vig... Marcelle, 26 ans, sans profession, entrée à l'hôpital le 12 juin 1933 pour une grosseur dans l'aine droite. Rien à signaler dans ses antécédents, sinon qu'elle allaite son enfant de 11 mois.

Il y a 8 jours, après avoir fait un effort, elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur dans l'aine droite. Pas de douleur à ce moment, ni nausées ni vomissements. Seulement de la gêne après une journée fatigante. Va normalement à la selle.

Tumeur de l'aine droite grosse comme une noix, au dessous de l'arcade crurale, non réductible, sans impulsiob à la toux, de consistance rénitente, douloureuse à la pression, avec un pédicule. On pense à une épiplocèle étranglée.

Intervention : opération de Cadenat. Incision en L renversé, découverte de l'arcade de Fallope, ligature des vaisseaux superficiels. On dégage le sac herniaire, du volume d'une noix. Incision du sac, écoulement de liquide sanguinolent; on trouve l'appendice, étranglé, rouge, dont l'extrémité est en canon de fusil, sans épiploon. On lève l'étranglement qui est très serré, l'appendice est rouge enflammé. Après une hernio-laparotomie, le cæcum est attiré en même temps que la partie haute de l'appendice. Appendicectomie avec enfouissement. La malade est mise en position déclive. Résection du sac, fermeture de l'orifice crural par deux fils perdus en croix, réunissant l'arcade de Fallope et le ligament de Cooper. Drainage. Suture aux crins.

Le 14 juin, ablation du drain.

Le 22 juin, petit hématome au niveau de la suture.

Sortie le 2 juillet 1933.

Observation XXIII (résumée).

(due à l'obligeance de M. le Dr Charrier, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux, publiée dans le *Journ. Méd. de Bordeaux*, 1929, p. 288.)

Mme X..., âgée de 70 ans, souffre depuis 48 heures d'une hernie devenue irréductible. Etat général bon. Température 38°, pouls 90. Hernie crurale comme une noix, dure, mate, irréductible. Ventre peu ballonné, peu douloureux, constipation, quelques vomissements bilieux. On pense à un pincement latéral.

Intervention. Anesthésie locale, puis générale. Dans le sac herniaire épaissi, on trouve l'appendice en partie gangréné, avec au niveau du collet, un sillon net et profond de striction. Appendicectomie avec enfouissement. Drainage. Mort par bronchopneumonie.

Observation XXIV (résumée).

(publiée dans *Montpellier Médical*, 1919-20, p. 147).

J. C., 68 ans, hospitalisé pour bronchite chronique avec emphysème. Se présente avec des phénomènes douloureux dans la région inguino-crurale droite survenus, il y a dix jours, sans effort, avec nausées et vomissements. Apparition d'une petite tumeur. Dès le second jour, la douleur s'est localisée à la tumeur, les vomissements ont cessé, la constipation a augmenté. Bon état général. Petite tumeur dans la région de l'anneau crural, grosse comme une amande, pédiculée, irréductible, douloureuse. Ptose viscérale généralisée.

Intervention. Anesthésie locale. Dans le sac renfermant un liquide sero-sanguinolent, on trouve l'appendice de coloration rouge vineuse présentant un sillon circulaire peu profond, très ecchymotique à l'endroit de l'étranglement. Appendicectomie avec enfouissement.

Suites opératoires simples.

C. **Hernies de l'appendicite et du cæcum.**

Observation XXV (résumée).

(publiée dans *Marseille Médical*, 15 avril 1929.)

V... Albert, 10 ans, hospitalisé pour une grosse hernie inguinale droite congénitale. Hernie grosse comme une orange, non contenue par le bandage, mollasse, avec des bosselures, sur la face antéro-externe de laquelle on sent un petit cordon de 5-6 cm. de la grosseur d'une sonde de Nélaton n° 15 qui apparaît plus nettement si on demande à l'enfant de pousser. La hernie est réductible. On pense à une hernie du cæcum et de l'appendice. Le contrôle radiologique permet seulement de voir le cæcum.

Intervention. Anesthésie générale. Opération habituelle d'une

cure radicale. Dans le sac, on trouve le cæcum et l'appendice d'aspect normaux. Appendicectomie. Suites opératoires apyrétiques. Sortie au bout de trois semaines.

Observation XXVI (résumée).

(publiée dans *Journal de Médecine de Bordeaux*, août 1913, p. 533).

Enfant de 11 mois, présentant une volumineuse hernie inguinale droite irréductible depuis quatre jours. Vomissements non fécaloïdes, mais alimentaires. Dernière selle datant de 24 heures au moins Facies et état général peu touchés. Hernie douloureuse au toucher.

Intervention. Anesthésie au chloroforme. Sac volumineux contenant un liquide séreux, sans odeur, à peine hématique. Dans le sac, on trouve le cæcum, étranglé, rouge, sans tendance au sphacèle et l'appendice normal et sain. L'étranglement du cæcum est très serré. Cure radicale. Suites opératoires simples.

Observation XXVII (résumé).

(publiée dans *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1929, p. 288)

M. B..., âgé de 60 ans, adressé pour une volumineuse hernie inguinale droite, difficilement réductible et parfois un peu douloureuse. Hernie grosse comme deux poings, sonore, dont la palpation n'indique rien de particulier. Diagnostic : hernie du cæcum.

Intervention. Anesthésie locale. Le sac herniaire contient le fond du cæcum qui adhère par sa face postérieure et l'appendice libre, d'aspect sain. Nous en proposons la résection qui est refusée. Libération et réduction du cæcum. Cure radicale. Guérison *per primam*.

CONCLUSIONS

Les hernies de l'appendice sont loin d'être une rareté, et si elles peuvent exister sans attirer sur elles l'attention, elles se traduisent cependant souvent par des signes locaux rappelant ceux de l'épiplocèle ; de plus, elles exposent les malades à des complications très sérieuses, en particulier à l'étranglement et à l'appendicite herniaire avec ses trois formes (aiguë, phlegmoneuse et chronique) qui sont des raisons d'intervention précoce sans essayer, en aucun cas, de pratiquer le taxis.

De plus si, au cours d'une cure radicale de hernie, on trouve l'appendice, il est préférable de l'enlever, car un appendice hernié est tiraillé, mal irrigué, exposé aux traumatismes et par conséquent aux complications vues ci-ci-dessus.

Ajoutons que les hernies cœco-appendiculaires rappellent les entérocèles par leur symptomatologie, leur pronostic et leur traitement ; elles s'en différencient par leur volume qui est plus considérable et par leur réductibilité qui est souvent moins facile.

Vu :
Le Doyen,
Pour le Doyen
L'Assesseur
J. GUYOT

Vu, bon à imprimer :
Le Président
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

Epergue.

BIBLIOGRAPHIE

(voir thèse Esnoulf, Paris, 1913, pour la bibliographie antérieure à 1913).

Allen. — « Ileo-appendicular hernia », *Surg. Gyn. and Obst., Chicago* 1913, chap. XVII, p. 191.

Allende. — « Appendectomie as radical cure for right inguinal hernia. *La Prensa medica argentina*, 10 février 1930, n° 16, p. 1200.

Arguelles-Teran. — « Un caso de hernia appendicular », *Revue de San. mil. Madrid*, 1914, IV, p. 413.

Auster (Lionel, S.). — « Appendicite herniaire », *Medical Journal and Record New York*, august 20, 1930.

Barry (Philippe). — *Contribution à l'étude des hernies de l'appendice à gauche*, thèse, Montpellier, 1921-1922, n° 23.

Baudet. — « Sur un cas d'appendicite herniaire », *Archives Méd. de Toulouse*, 1913, ch. XX, p. 162.

Bazert. — « Appendicite aiguë dans un sac herniaire », *Soc. anat. de Paris*, juillet 1924.

Bertocchi. — « Appendicocele crurale sinistro strozzato » (contributo clinico ed anatomo-pathologico), *Minerva Med.*, I, 9, p. 113. janvier 1929.

Blandini. — « Un caso di appendicocele strozzato », *Policlinico Sez. prat.*, 1923, fasc. 49.

Bolling. — *The Journal of the Amer. Med. Ass.*, sept. 1924, n° 13.

Bonnet. — *Soc. de chir. de Lyon*, 6 avril 1922.

Bonvoisin. — « Appendicite herniaire gangréneuse avec gangrène par continuité d'une anse grêle », *Normandie Médicale*, octobre 1931.

Bouet. — « Hernie de l'appendice chez un nourrisson », *Marseille Médical*, juin 1929.

Braitsef. — « Appendicitis in an inguinal hernia », *Ruch Vrach, St.-Pétersbourg*, XIII, 1923, p. 773.

Bullock. — « On a case of strangulation of the cæcum in an inguinal hernia sac, complicated by acute appendicitis, in an infant 16 month old », *Méd. Journ. Australia*, Sydney, 1917, II, p. 5.

Buosanti (P.). — « Appendicite flemmonosa erniazia inguinale des-

tra con syndrome pseudo strozzante », *Arch. ital. di chir.*, mars 1933, p. 444.

Burty. — « Appendice étranglé dans une hernie crurale », *Paris chir.*, 1914, VI, p. 729.

Cardozzo. — *Riv. delle Scienzo mediche*, anno XXIV.

Carisi (Guido). — *Archi ital. di chir.*, 1923, II, fasc. 3.

Catterina. — *Policlinico Sez. prat.* 1923, fasc. 21.

Cayotte. — *A propos de quelques cas d'appendicite herniaire*, thèse Nancy, 1913.

Charnois. — Thèse Lyon, 1914.

Chauvenet (A.). — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1926, LVI, p. 800.

— *Journal de Médecine de Bordeaux*, avril 1929, n° 10, p. 285.

Chevereau. — « Observation d'une appendicite herniaire », *Centre Médical*, juin 1930, p. 144.

Costantini. — « Appendicite herniaire crurale droite », *L'Algérie Médicale*, déc. 1932.

Codet-Boisse. — « Hernie étranglée de l'appendice et du cæcum chez un nourrisson », *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1913, XLIII, p. 533.

Connors. — « Strangulated hernia containing cæcum and appendix *Ann. Surgery Philadelphia*, XLI, p. 381.

Cotte et **Verrier**. — « Appendicectomie complémentaire dans la cure radicale des hernies inguinales droites », *Lyon Médical*, 1914, CXXII, p. 1077.

Courbin-Pauzat-Fontan. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923, LIII, p. 466.

Dambrun. — « Etranglement de l'appendice hernié », *Arch. Méd. de Toulouse*, 1913, XX, p. 193.

Daniel. — « Hernies de l'appendice », *Progrès Médical*, 22 févr. 1913, p. 93.

Dàrcourt et **Gàry**. — Marseille méd. Avril 1929.

David. — *Annals of surgery*, 1923, n° 4.

Delannoy et **Lefèbvre**. — « Hernie crurale de l'appendice étranglée », *Soc. de Méd. du Nord*, juillet 1924.

Della Torre. — « E sopa un caso di appendicite erniaria della primissima infanzia », *Pensiero Med. Milano*, 1924, IV, p. 588.

Della Valle. — *Policlinico Sez. prat.*, 1923.

— *Riforma Medica*, 1919, n° 30.

Doolin. — « Inflamed appendix in a hernial sac », *Brit. Méd. Journ. London*, 1919, II, p. 239.

Downes (W.-A.). — « Strangulated femoral hernia, sac containing appendix », *Ann. Surg. Philadelphia*, 1915, LXI, p. 355.

Dumazet (J. P. E.). — *A propos d'un étranglement de l'appendice dans une hernie inguinale droite*, thèse Bordeaux, 1923, n° 138.

Duval. — « Deux cas d'appendicite herniaire », *Bull. et Mém. de la Soc, nal, de Chir.*, 5 mars 1930.

Edelen (C. M.). — « Ruptured appendix in scrotum of infant; case *Kentucky Medical Jornal*, juillet 1930, n° 28, p. 349.

Esnoult (Henri). — *Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal*, thèse, Paris, 1913-1914, n° 232.

Estor, **Delord** et **Guibal**. — « Un cas de hernie de l'appendice à gauche », *Bull. Soc. de Méd. et de Biol. de Montpellier*, 1921-1922, III, p. 206.

Etienne et **Aimes**. — « Trois cas de hernie étranglée chez le nourrisson —La question de l'appendicectomie », *Montpellier Médical*, 1913 XXXVI p. 244.

Fowler. — « Inguinal hernia of the cœcum and appendix », *Ann. Journ. Surg., New-York*, 1913, XXVII, p. 26.

— « Appendix hernia strangulated »; case-*Brit. J. Surgeon*, janvier 1931, XVIII, p. 528.

Frœlich. — « Appendicite herniaire chez un enfant de deux mois », *Revue Médicale de l'Est*, 21 juillet 1926.

Garber (N.). — « Die Rolle der Appendicites hernialis bei der entstehung von gleitbruchen », *Zentaalbl. f. Chir.*, LIV, mai 1927, p. 1162.

Gazzotti. — *Policlinico Sezz. chir.*, oct. 1923.

Giordano. — *Ann. Ital. di chir.*, 1924, fasc. 1.

Girolamo. — « L'ernia dell' appendice vermiforme del cœco », *Riforma Med. Napoli*, 1914, XXX, p. 508.

Gosmo di Goia. — « Contributo all'appendicite erniaria », *Rivist Sanitaria Siciliana*, sept. 1927, n° 17.

Gouwwe. — *Nederlandsch tijdschchrift voor Geneeskunde*, sept. 1925 n° 11.

Grignani. — *Bol. di Societa Medica di Pavia*, 1925, XXXVIII, p. 809.

Gross (W.). — *Zentralblatt fur Chirurgie Leipzig*, février 1929, n° 56, p. 336.

Guzman (A.) et **Puente** (J. R. de la). — « Hernie inguinale primitive de l'appendice », *La Clinica castellana*, sept. 1928, XXXVII, p. 105.

Haddad Khouri. — Thèse Lyon, 1922-1923.

Hanasievvics. — *Zentralblatt fur Chirurgie*, 1922, n° 37.

Hayem. — « Appendicite herniaire considérée comme adénite », *Société de Chirurgie de Marseille*, mai 1926.

Hodgson. — « Appendix abcess in a hernial sac », *Univ. Durham Coll. Med. Gazette, London*, 1916, XVI, p. 264.

Hogson. — *British Journal Surgery, Bristol*, 1925, 1926, XIII, p. 396.

Hoidale (A. D.). — « Appendix with suppuration in femoral hern i : *J. A. N. A.*, 76, p. 9330, avril 1921.

Hoppe. — *The Journ. of the Americ. Med. Ass.*, déc. 1923, n° 26

Hornsey. — « Cœcum in left inguinal hernia », *British Med. Journ., London*, 1915, XXVIII, p. 115.

Hoyer (S.). — *Med. Rev. Bergen*, sept. 1926, p. 425.
Hubner. — « Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale », *La Bourgogne Médicale*, janvier 1931, p. 21.
Hubrich (R.). — « Crurale hernia containing appendix », *Zentralblatt für Chir.*, mai 1929, p. 1175.
Ibos (P.) et **Legrand Desmons**. — *Bull. et Mém. de Soc. Nat. de Chir.*, juin 1929.
Jaja. — *Archiv. ed. Atti della Soc. ital. di chir.*, vol. XIV.
Kirmisson. — *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, Paris, 1913.
Kruger. — *Deutsche Zeit. für Chir.*, XCII.
Laffite. — « Etranglement appendiculaire au niveau d'une hernie crurale », *Soc. de Méd. des Deux-Sèvres*, oct. 1930.
Lamas. — *Ann. de la Fac. de Méd. de Montevideo*, 1913, n° 10.
Lapenta. — *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, nov. 1923, n° 21.
Lapeyre et **Catala**. — « Hernie isolée de l'appendice », *Montpellier Médical*, 1919-1920, XL, p. 147.
Leclerc. — « Fistule stercorale de la région crurale consécutive à une appendicite herniaire », *Bullè et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1920.
Le Filliatre et **Camus**. — *Journal de Méd. de Paris*, 1926, XIV, p. 75.
Legrand (J.). — *Normandie médicale*, mars 1925.
Lévy (B.). — *Revue tunisienne des Sc. Méd. et Tunis Méd. réunis*, sept. 1924.
Likes (L. E.). — « Appendix incarcerated », *Mil. Surg.*, fév. 1932, LXX, p. 145.
Longo. — *Minerva Medica*, 1925, n° 3, V, p. 82.
Ludbrook (S. L.). — *Brit. J. Surg.*, oct. 1922, X, p. 297.
Malouf (S. D.). — *J. Indiana M. A.*, may 1933, XXVI, p. 218.
Màrtinez-Vàrgàs. — *Vidà Nuevâ Hâbana*, janv. 1929, n° 23, p. 41.
Massabuau, **Guibal** et **Bétoulières**. — *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, juin 1931.
Métivet. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, mars 1930.
Méliani. — *Arch. Ital. di Chir.*, 1922, fasc. 4.
Mac Millan (J. A. et F. B.). — « Gangrenous appendix in femoral hernia », *J. Michigan Soc.*, mars 1927, XXVI, p. 179.
Mixter. — *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, sept. 1924, n° 13.
Moirond. — *Bull et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, oct. 1932.
Moncalvi. — *L'Ospedale maggiore Milan*, 1930, n° 18, p. 381.
Mourgues, **Molinio**, **Guibal**. — *Montpellier Médical*, juin 1924, p. 506.
Muller. — *The British Med. Journ.*, mai 1924, n° 21.
Murard. — *Bull. et Mém. de Soc Nat de Chir*, Paris, juin 1929
Muresan (J.). — « Hernia appendicitis », *Clujul Medical Bucarest*, déc. 1928, n° 9, p. 687.
Myers. — *The British Med. Journ.*, 1924, n° 3, 332.
Naveiro. — « Hernia del appendice o appendicocele », *Semana Med. Buenos Aires*, juin 1932, p. 1522.
Neu. — *Zentralb. für Chir. Leipzig*, oct. 1927, LIV.

Nix. — *New Orleans Med. and Surg. Journ.*, 1916-1917, LXXIX, p 709

Norrlin — *Hygiea*, *Stockholm*, 1913, XX7, p 379

Okinczyc et **Rouffignac** — *Bull. et Mém. de Soc de chir. de Paris*, 1920, XLVI, p 1286

Otto. — *Deutsche Zeitsch. für chir.*, avril 1924, fasc. I.

Oulié. — *Soc. anat. de Marseille*, juill. 1924, p. 583.

Palma. — *Ann. Ital. di chir.*, 1925, IV, p. 255.

Pazzagli. — « Ernie dell' appendice ed appendicite erniaria », *Rassigna intern. di clinica e terapia*, p. 619.

Pellegrini. — « Appendicite dans une hernie de l'appendice », *La Clinica chirurgica*, juin 1933, n° 6.

Penhallow (D.P.). — « Incarcerated appendix in sac of inguinal hernia », *New-England Journ. of Med.*, janvier 1930, p. 188.

Petit. — « Appendicite herniaire », *Normandie Méd. Rouen*, 1921, XXXI, p. 51.

Petit de la **Villéon**. — *Bull. et Mém. de Soc. Nat. de chir. Paris*, avril 1929, p. 308.

Poulain (J.). — « Hernie crurale étranglée de l'appendice », *La Gazette Médicale de Picardie*, nov. 1932, p. 323.

Pozzo. — *La Semana Medica*, juin 1925, n° 24.

Preto (E.). — « Ascesso d'appendicite acuta perforata in hernia crurale destra », *Clin. Chir.*, janv. 1928, p. 33.

Raymond (J.). — « Deux observations d'appendices étranglés dans des hernies crurales », *Limousin Médical*, *Limoges*, 1913, p. 37.

Redwood (R. V. de A.). — « Appendicitis in femoral hernia », *Brit. Méd. Journ. London*, p. 400.

Regnault. — « A propos de la hernie de l'appendice », *Journ. Méd. de Bordeaux*, avril 1929, p. 285.

Reichenback. — « Appendicite gangréneuse dans une hernie inguinale gauche », *Munch. Mediz. Woch.*, LXXXI, oct. 1924, analysé dans le *Journ. de Chir.*, 1925, XV, p. 352.

Richter et **Heitz**. — « Appendicite herniaire », *Sté. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, juin 1929.

Rodd. — *I. Roy. Nav. Med. Serv. London*, 1921, VII, p. 78.

Romiti (C.). — *Gazetta intern. di Med. e chir.*, *Naples*, janvier 1929, p. 2.

Roux et **Masson**. — *Rev. Méd. de la Suisse romande*, juillet 1925, n° 9.

Seatson. — *The British Medical Journal London*, déc. 1927.

Sferra (P.). — « Appendicite in ernia inguinale strozzata », *Riforma Med.*, mai 1932 p. 762.

Shastry (T. S.). — *Indian Med. Gaz. Calcutta*, juillet 1930, p. 393

Silvestrini (V.). — *Riforma Med.*, août 1932, p. 1331

Sue et **Escat**. — « Hernie de l'appendice et appendicite herniaire », *Toulouse Médical*, février 1930, p. 100.

Tcherniak (L. M.). —*Sovets Kaya Vrachelbnaya Gazeta Leningrad*, oct. 1928, p. 1361.
Tenckoff. — *Deutsche Zeitsch. fur chir.*, 1923, fasc. 1 et 2.
Teplitzky. — « Perforated appendicitis in inguinal hernia », *Klin. Med.*, 1927, V, p. 254.
Toscani. — *Policlinico Seiz. prat.*, 1924, fasc. 16.
Troitzky (A.). — « Hernia appendicitis », *Omsky Meditzinski Journal Omsk*, 1928, p. 41.
Valerio (F.). — *Riforma Medica Napoli*, février 1930, p. 284.
Veau. — *Ann. de Méd. et de Chir. infantile Paris*, 1914, XVIII, p. 402.
Vila et **Numes**. — *Soc. de Med. de Buenos Aires*, 1925, XXXII, p. 791.
Violato (A.). — « Empiema di un sacco crurale da appendicite acuta senza asusso appendicolare », *Clin. Chir.*, déc. 1929, p. 1724.
Wand (L.). — *Die Med. Welt. Berlin*, juin 1931, p. 813.
Watson. — « Appendicitis in the hernia sac », *Med. Journ. and Record* janvier 1926, p. 34.
Weinstein. — « Rontgen diagnose der. sog. Appendicitis chronica », *D. M. W. Jg.*, 1923, p. 757.
Whitemore. — *Boston Med. and Surg. Journal*, 1917, p. 707.
Wolf. — *Munchener Med. Wochenoschrift*, février 1925, n° 8.
Zampa. — *Policlinico seizione chirurgica*, février 1929, p. 107.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. 1934